MÉMOIRE

N°. 60.

SUR

L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mars 1830, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;

PAR A. CLÉMENT,

Docteur en médecine de ladite Faculté; ex-Chirurgien interne à l'hôpital civil et militaire d'Avignon.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

HIPP., sect. 1, aph. 6.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque, *Suppléant.*	Dubled, *Examinateur.*
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cotteréau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSEUR LE BARON

BOYER,

Membre de la Légion-d'Honneur; Professeur de chirurgie pratique à la Faculté de Médecine de Paris; Chirurgien consultant du Roi; Chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité; Membre de plusieurs Sociétés savantes, nationales et étrangères, etc., etc.

A MONSIEUR LE BARON

RICHERAND,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis; Chirurgien consultant du Roi; Chevalier des Ordres de la Légion-d'Honneur et Saint-Michel; Commandeur de l'Ordre de Saint-Wladimir de Russie; Membre de plusieurs Sociétés savantes, nationales et étrangères.

A. CLÉMENT.

MÉMOIRE

SUR

L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS.

MELIUS *est anceps remedium experiri quàm nullum.* Ce précepte du père de la médecine a été adopté et mis en pratique contre toutes les maladies dangereuses et par leur gravité et par leur résistance aux moyens que l'art leur opposait. Nulle autre, à mon avis, ne présente plus ces tristes conditions que le cancer de l'utérus. Cette affreuse maladie s'est montrée jusqu'ici rebelle à toutes les ressources de la médecine ; un moyen plus efficace se présente aujourd'hui, c'est l'extirpation de l'utérus. Cette opération a été d'abord accueillie avec enthousiasme par tous les praticiens ; maintenant, depuis les résultats malheureux qu'on en a obtenus, on la rejette pour toujours. L'extirpation de l'utérus mérite-t-elle cette réprobation? Telle n'est pas mon opinion. Quelque chanceuse que soit cette opération, je pense qu'elle

doit être admise. N'est-il pas, en effet, permis d'employer un moyen, même douteux, contre une maladie qui semble se jouer des efforts de la médecine, contre une maladie qui entraîne inévitablement à la mort, à travers les souffrances les plus affreuses, toutes les personnes qu'elle affecte. Encore si elle se présentait rarement; mais elle est des plus fréquentes, surtout dans les grandes villes; toutes les années elle entraîne au tombeau le dixième des femmes adultes. Qu'on ne croie pas que j'exagère, tous les praticiens peuvent vérifier ce calcul, qui est le résultat de la pratique. M. *Dupuytren*, à qui sa position (membre du comité de salubrité publique) permet de connaître la vérité, assure que dans Paris le nombre des victimes de cette affreuse maladie est de deux cent quarante ou deux cent cinquante par an (1). Aussi ce praticien ne craint pas d'adopter cette opération; il la regarde comme le seul moyen de guérison à opposer contre le cancer de l'utérus. Quelque peu de chance de succès que présente cette opération, il veut qu'on l'adopte. Ne sauverait-on, disait-il, qu'une femme sur dix, ce serait autant d'arraché à une mort certaine.

Cependant les chances de succès sont loin d'être aussi

(1) Leçons cliniques.

faibles ; on compte jusqu'à présent un succès sur cinq, ce dont on peut s'assurer en jetant un coup-d'œil sur le tableau rapporté ci-après. On voit, en effet, que quinze opérations ont été pratiquées, et trois guérisons ont été obtenues.

Telle qu'elle est, cette opération présente tout autant de chance de succès que d'autres qu'on pratique tous les jours; pourquoi donc elle seule serait-elle exclue de la thérapeutique? Ne devrait-elle pas, au contraire, mériter notre préférence. Cette opération est nouvelle, elle est par conséquent susceptible d'amélioration ; nul doute que dans peu elle offre des résultats plus avantageux, si les opérateurs s'en occupent ; les circonstances défavorables dans lesquelles on a opéré, le mode vicieux qu'on a employé, les nombreux succès des anciens, les améliorations dont elle est susceptible en sont un sûr garant. C'est du moins ce qu'il est permis d'espérer, et c'est sans doute ce qu'espérait son inventeur, *Sauter*, quand il disait (1) : « Si les vices de l'utérus « étaient soigneusement reconnus, et méthodiquement trai- « tés par des médecins probres et instruits, si l'on s'assurait « de bonne heure de la nécessité d'opérer, si on soute- « nait avec soin les forces vitales, si enfin on pratiquait

(1) *Sauter*, Mémoire. — Mélanges de médecine étrangère, 1824.

« l'opération avant même que l'organisation tombât en ruine,
« je suis persuadé qu'on sauverait la majeure partie des
« opérées. »

Ainsi donc ne rejetons pas une opération qui peut être très-utile à l'humanité, mais cherchons à l'améliorer.

Montrer comment cette opération a été introduite dans la thérapeutique, dire quelles en sont les indications, exposer les divers procédés mis en usage, parler du traitement consécutif, tel est le but que je me propose.

HISTORIQUE.

On peut considérer deux époques dans l'histoire de l'extirpation de l'utérus. La première comprend celles où, soit ignorance, soit accident, soit à dessein, cet organe, en état de procidence, a été extirpé. La seconde renferme les tentatives d'extirpation de l'utérus carcinomateux, faites dans le but de sauver les jours des malades.

Première époque.

Les opérations renfermées dans la première époque peuvent être considérées comme ayant fait connaître accidentellement la possibilité de l'extirpation méthodique de l'utérus, lorsque cet organe était atteint d'une maladie incurable.

Il paraît que dès les premiers temps de la médecine l'extirpation de l'utérus a été pratiquée. *Aétius* (1) cite, d'après *Soranus*, un cas où la matrice, en état de procidence et *putréfiée*, fut extirpée : la malade

(1) Lib. 10, cap. 16.

survécut. *Paul d'Égine* (1) proposait cette opération dans le cas de chute incurable de cet organe, et la regardait sans danger.» *At si « processu temporis id quod prolapsum est, putredinem fuerit expertum, « id ipsum auferetur, nullius metu periculi, et enim vulvâ universim « ablatâ, ubi computruerat, mulierem supervixisse commemorant.* » *Aëtius* (2), *Avenzoar* (3) professaient la même opinion. On lit dans l'ouvrage du père de la chirurgie française (4) l'histoire d'une femme à qui la matrice fut extirpée le jour des rois 1571. La malade guérit; mais elle succomba trois ans après à une pneumonie. *Ambroise Paré* fit l'ouverture du corps pour voir ce que la nature avait *basti* en *ce lieu;* il trouva l'ouverture supérieure du vagin fermée par une cicatrice. Ces praticiens, ainsi que beaucoup d'autres, proposaient l'extirpation, seulement dans le cas de chute de l'utérus, encore fallait-il qu'il y eût en même temps ulcération de l'organe. Le renversement n'était pas compté par eux dans les cas qui nécessitaient cette opération. Si ce précepte a été adopté depuis, c'est au hasard et à l'ignorance qu'on le doit. *Vieussens* (5) pratiqua l'ablation de la matrice renversée qu'il prit pour une tumeur insolite; l'examen de la pièce enlevée lui fit reconnaître son erreur : la malade guérit. *Fabrice de Hilden* (6) et *Ancelin* rapportent des cas semblables. *Faivre*, dans le Journal de médecine et de chirurgie pour l'année 1786, a publié l'observation d'une jeune femme de dix-neuf ans qui accoucha heureusement ; la sage-femme qui l'assistait, en tirant sur l'arrière-faix, renversa la matrice ; elle travailla de toutes ses forces à arracher cette tumeur, qu'elle croyait anomale ; ne pouvant y réussir, elle fit appeler *Faivre*, qui reconnut la nature de la tumeur et en fit la ligature ;

---

(1) Opus. de re medica, lib. 3, p. 110.
(2) Thesis, lib. 2, tract. 5.
(3) Totius rei medicæ, lib. 7, p. 140.
(4) Œuvres de *Paré*, chap. 48.
(5) Traité nouveau des liqueurs du corps humain, t. 11, 1715.
(6) *Fabrici Hildani*, Oper., p. 904.

la malade guérit. *Wrisberg*, de Gottingue (2), cite une observation semblable ; mais la sage-femme fut plus téméraire, loin d'avoir recours aux lumières d'un médecin, elle chercha d'elle-même à sortir d'embarras ; elle prit un couteau de cuisine et amputa la matrice ; il ne survint aucun accident, et la malade guérit en peu de temps. Un semblable succès fut obtenu par une sage-femme dont parle *Bernard* (3), l'amputation fut pratiquée avec un rasoir ; il survint une hémorrhagie, qu'on arrêta au moyen de la glace introduite dans le vagin. La connaissance de ces faits engagea *Alexandre Hunter* (4) à pratiquer l'ablation de l'utérus, après avoir fait de vains efforts pour réduire cet organe renversé : l'opération fût couronnée de succès. En 1805, *Clarke* (5) imita son exemple, et ne fut pas moins heureux que lui.

Après de tels faits, on est tout étonné que des chirurgiens d'un très-grand mérite (6) aient blâmé et rejeté entièrement cette opération, surtout lorsque la nature elle-même semblait nous l'indiquer. On a vu, en effet, l'utérus entièrement rongé par des ulcères, ou détruit par la gangrène. Les anciens rapportent des exemples de ce fait, qui est déjà confirmé par *Avenzoar* et par plusieurs autres observateurs plus anciens encore (7). *Rousset* (8) en a vu deux exemples : en voici un que j'emprunte à cet auteur.

Pierrette Boucher, servante, déjà d'un certain âge, était affectée, à la suite de plusieurs accouchemens laborieux, d'un prolapsus de la matrice qui augmenta peu à peu, au point que la réduction devint

---

(1) *Fabrice de Hilden* et *Anselin* rapportent des cas semblables.
(2) Mémoire de *Sauter*. — Mélanges de médecine étrangère, 1824.
(3) Mémoire de *Sauter*.
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*
(6) *Sabatier*, Médecine opératoire.
(7) Journal des progrès, t. 2.
(8) *Ibid.*

impossible. La gangrène s'étant emparée de l'organe, celui-ci tomba spontanément pendant que la malade urinait. La femme continua à jouir d'une bonne santé; lorsque, trois ans après, elle eût une fièvre continue qui l'enleva. *Rousset* n'était pas présent alors; mais étant revenu trois jours après l'enterrement de la défunte, il obtint la permission de la faire déterrer. Le cadavre fut ouvert en présence d'un chirurgien et d'une sage-femme, on ne trouva pas de matrice.

L'extirpation de l'utérus précipité ou renversé a été opérée, tantôt par la ligature seule, tantôt par la résection, enfin par la ligature suivie de résection.

L'extirpation par la ligature seule fut peu employée. Ce mode d'opération, peu effrayant à la vérité, est loin d'avoir tous les avantages qu'on serait tenté de lui accorder. L'organisme ne supporte pas toujours impunément la constriction nécessaire; aussi voit-on quelquefois des accidens nerveux, inflammatoire et même la mort s'en suivre; en outre, quel inconvénient plus dégoûtant que l'odeur gangréneuse que répand l'utérus, qui tombe en putrilage et par morceaux. C'est pour avoir senti ces inconvéniens que les praticiens ont peu employé ce procédé opératoire, innocent en apparence; cependant on en trouve quelques exemples dans *Blasius* (1), *Ruisch* (2), *Faivre* (3).

La section seule fut un peu plus employée, mais presque toujours par des empiriques ou des sages-femmes. Nous avons pu nous convaincre que ces dernières étaient peu effrayées des suites d'une opération; mais rien ne prouve davantage leur audace et leur témérité que l'observation rapportée par *Fabrice de Hilden* (4). Une sage-femme eut la cruauté d'arracher l'utérus renversé, qu'elle avait, sans

---

(1) Mémoire de *Hess*. — Journal des progrès, t. 2.

(2) Observ. méd., p. 111, obs. 1.

(3) Journal de médecine et de chirurgie, 1786.

(4) *Fabrici Hildani*, Opera, p. 904.

doute, pris pour une môle : on prévoit quel en fût le résultat, la malade expira sur-le-champ.

Le procédé le plus généralement employé par les praticiens instruits, consistait à lier d'abord l'organe, et à le réséquer ensuite au-dessous de la ligature : ce procédé est arrivé jusqu'à nous, et a été mis en pratique dans ce siècle par *Desault* et *Beaudelocque* (1), et plus récemment encore par M. *Récamier* (2).

Telles sont les circonstances dans lesquelles les anciens pratiquaient l'ablation de l'utérus; restait à la faire dans le cas de cancer de l'organe : c'est ce qui a été fait de nos jours. Je ne parlerai que de cette dernière opération.

Deuxième époque.

Les faits publiés par les anciens, et surtout ceux rapportés dans les journaux du siècle dernier, donnèrent l'idée à plusieurs praticiens d'extirper l'utérus cancéreux. *Wrisberg* (3), en 1787, se demandait si cette opération ne pouvait pas être pratiquée dans les cas qui l'exigeraient : *Liceat ultimo loco problematicam tantùm cogitationem adjicere, cùm jam evictum sit uterum amplissimis vasis instructum, sine morte insequente resequi potuisse, nonne sub debitis cautelis, ejusdem extirpationem suscipere possimus, illo statu ubi vasa ejusdem tantam sanguinis copiam non continent, id est extra graviditatem, ut, in casu uteri schirrhosi, aut jam in carcinoma proclivis, truculentissimum morbis genus arceamus cancerum apertum.* En 1793, *Osiander* (4) proposait la même question; mais en 1801 il montra que l'opération pouvait être pratiquée : il abaissa un utérus carcinomateux et extirpa la portion malade; ce n'était encore que l'amputation partielle; mais la possibilité d'agir sur l'utérus cancéreux et sans procidence était démontrée : c'en était

(1) Recueil périodique de la société de médecine de Paris, t. 4, 1798.
(2) Archives générales de médecine, t. 30.
(3) Journal des progrès, t. 2.
(4) *Ibid.*

assez pour fournir l'idée de l'ablation totale de l'organe. En 1821, *Sauter* (1) proposa, en effet, et pratiqua cette opération. Quoiqu'il ait établi cette opération en précepte, cependant il ne fut pas le premier à la pratiquer; car *Paletta* (2), en 1812, en voulant extirper une portion de l'utérus par la méthode d'*Osiander*, enleva, à son grand étonnement, l'utérus en entier; cependant il ne tint pas compte de cet accident, et ne conçut pas le projet de l'extirpation totale; aussi, doit-on rapporter à *Sauter* la gloire d'avoir inventé cette opération, avec d'autant plus de raison qu'il ignorait, selon toutes les apparences, l'opération de *Paletta*.

Sauter ne tarda pas à avoir des imitateurs : à peine son opération fut-elle connue, qu'elle fut aussitôt pratiquée en Allemagne par *Siebold*, *Holcher*; en Angleterre, par *Blandell*, *Banner*, *Lizars*; et en France, par MM. *Récamier* et *Roux*. Voici le tableau des opérations qui ont été pratiquées.

---

(1) Mélanges de chirurgie, année 1824.

(2) Journal hebdomadaire, t. 5.

TABLEAU

DES EXTIRPATIONS DE L'UTÉRUS PRATIQUÉE JUSQU'A CE JOUR (1).

NOM des OPÉRATEURS.	ÉPOQUES de L'OPÉRATION.	RÉSULTAT de L'OPÉRATION.	AUTOPSIES.
PALETTA.....	1er. avril 1812.....	mort en 40 heures.	Péritonite.
SAUTER.....	22 janvier 1822.....	succès.....	
SIÉBOLD.....	19 avril 1824.....	mort en 60 heures.	Hémorrhagie, péritonite, hydatides du foie.
SIÉBOLD.....	25 juillet 1825.....	mort en 14 heures.	Hémorrhagie, péritonite, gangrène des intestins.
HOLSCHER...	5 février 1824.....	mort en 24 heures.	Péritonite.
BLUNDELL....	19 février 1828....	succès.....	
BLUNDELL....	.....	mort.....	Hémorrhagie.
BLUNDELL....	.....	mort.....	Hémorrhagie.
BLUNDELL....	.....	mort.....	
BANNER.....	27 septembre 1828.	mort en 4 jours ...	Hémorrhagie, péritonite.
LIZARS.....	2 octobre 1828....	mort en 24 heures.	Hémorrhagie, péritonite.
RÉCAMIER....	26 juillet 1829....	succès.....	
ROUX.....	20 septembre 1829.	mort en 36 heures.	Épuisement, lésion de la vessie.
ROUX.....	25 septembre 1829.	mort en 24 heures.	Épuisement, hémorrhagie.
RÉCAMIER (2).	13 janvier 1830....	mort en 24 heures.	Hémorrhagie.

(1) Les quatorze premières observations sont consignées dans un Mémoire de M. *Tarral*, inséré dans le Journal hebdomadaire, t. 5, novembre 1829.

(2) Journal hebdomadaire, t. 6, 26 janvier 1830.

Indications et contr'indications de l'opération.

Toutes les maladies de l'utérus ne nécessitent pas son extirpation, toutes les circonstances ne sont pas favorables à cette opération ; il convient donc, avant de l'entreprendre, d'examiner quelle est la véritable nature de la maladie, quel est l'état des autres organes, et en particulier de ceux qui sont situés plus près de l'utérus ; il faut ensuite avoir égard à la constitution générale de la malade.

Les seules maladies qui doivent nécessiter l'extirpation de l'utérus sont le squirrhe et le cancer de cet organe.

Quoique les signes qui indiquent le cancer de l'utérus soient assez bien tranchés pour faire reconnaître la maladie, il est cependant des circonstances où ils sont illusoires et induisent en erreur. L'opération pratiquée par M. *Roux* le 25 septembre 1829 en est une preuve (1). M. *Roux* et plusieurs autres chirurgiens avaient annoncé que l'utérus était affecté de cancer ; l'examen de la pièce convainquit du contraire. Cependant on ne doit pas regretter que cette opération ait été pratiquée, car l'utérus était dans un état tel de maladie qu'il était impossible qu'il revînt à l'état sain ; en outre, l'affection faisait journellement des progrès, et aurait entraîné la malade au tombeau : ainsi, ce cas exigeait bien l'opération. Telle était l'opinion de plusieurs praticiens, telle aurait été sans doute celle de *Sauter*. Ce n'est pas seulement le cancer qui nécessite l'extirpation ; « elle est encore indiquée, dit *Sau-* « *ter* (2), dans plusieurs autres maladies incurables de l'utérus qui « sont la cause de grandes souffrances, et menacent directement la « vie des malades. »

Quelle que soit la maladie pour laquelle on pratique l'opération, il convient que l'utérus soit seul malade ; il y aurait contr'indication si les autres organes, tels que la vessie, le rectum, les ovaires, les gan-

(1) Lancette française, 29 septembre 1829.

(2) Mélanges de chirurgie.

glions lymphatiques du bassin, etc., participaient à cette maladie. Cependant on pourrait encore tenter l'opération s'il n'y avait d'autre complication que l'affection des ovaires. MM. *Land-Wolf* et *Lizars* (1) ont montré qu'on pouvait enlever l'utérus avec ses annexes, soit par la même opération, soit par une nouvelle ; mais l'on sent que l'opération doit être plus difficile, plus laborieuse, et qu'elle doit par conséquent offrir moins de chances de succès.

On constate le véritable état des organes qui environnent l'utérus par le toucher, soit par l'hypogastre, soit par le vagin, soit par le rectum. La présence d'une ou plusieurs tumeurs insolites dans le bassin indiquera cette complication. Cet examen doit être fait avec la plus grande attention. Il ne faudrait pas, en effet, confondre ces tumeurs avec cet engorgement des organes, effet pathologique et pour ainsi dire mécanique qui résulte de l'intumescence de l'utérus : telles sont les rétentions d'urine, l'engorgement du rectum lorsque les matières s'y accumulent, ne pouvant se frayer un passage entre l'utérus et le sacrum, effets qu'on peut espérer de voir disparaître en enlevant la cause qui les produit, c'est-à-dire la matrice considérablement agrandie dans son volume et dans sa masse. Il ne faudrait pas non plus confondre les douleurs qui résultent de l'affection des organes avec celles causées par l'irritation nerveuse, ou avec les crampes et la gêne de la circulation. Ces divers symptômes ne sont pas des contr'indications ; ils exigeront seulement un traitement méthodique après l'opération.

L'utérus ne peut être extirpé s'il n'est pas libre, c'est-à-dire s'il a contracté des adhérences vicieuses soit avec les intestins, soit avec la vessie, soit avec le rectum. C'est encore par le toucher qu'on constate la présence de ces brides et de ces adhérences.

On peut soupçonner que l'utérus n'a contracté aucune adhérence vicieuse, lorsqu'au moyen d'un doigt d'une main introduit dans

---

(1) Journal hebdomadaire, t. 5, p. 414.

le vagin on maintient l'utérus dans une situation fixe, et qu'avec un autre doigt de l'autre main introduit dans le rectum on peut faire glisser la paroi supérieure de cet organe sur l'utérus. Il est plus difficile de constater si la vessie n'a pas contracté des adhérences avec l'utérus. On s'en assure en introduisant une sonde dans la vessie et un doigt dans le vagin, on sent alors que l'utérus peut s'éloigner de la sonde. Enfin on peut espérer que l'utérus est libre, s'il est mobile en tous sens.

Cependant on est loin d'avoir une certitude complète. L'opération pratiquée le 20 septembre par M. *Roux* (1) confirme ce que j'avance. Cet opérateur et tous les praticiens qui assistèrent à l'opération annoncèrent que l'utérus était libre; l'inspection de l'utérus enlevé a montré que le bas-fond de la vessie était adhérent à une tumeur qui surmontait la surface antérieure de l'utérus. Cette circonstance fut la cause d'une fistule urinaire, qui ne fut pas sans influence sur le résultat de l'opération.

L'extirpation ne devrait pas être tentée si l'utérus avait acquis un volume considérable. Il ne conviendrait pas de pratiquer l'opération, parce qu'on ne pourrait retirer l'utérus. On ne peut déterminer au juste jusqu'à quel volume l'utérus peut être enlevé. Ce volume doit être relatif à l'amplitude des parties qui doivent livrer passage à cet organe. Si le volume n'excédait que de peu la largeur des parties, il ne faudrait pas renoncer à l'opération, parce que les parties cèdent et s'élargissent : d'ailleurs on peut les agrandir en incisant le vagin, soit latéralement, soit en arrière, comme l'ont fait *Lizars* (2) et *Blundell* (3). On pourrait encore se servir du forceps pour diminuer le volume de la tumeur. J'ai pu, sur le cadavre, faire basculer en avant et extraire un utérus qui avait trois fois le volume ordinaire, encore présentait-il des inégalités.

---

(1) Lancette française, 22 septembre 1829.

(2) Journal hebdomadaire, t. 5, obs. 11, p. 540.

(3) *Ibid.*, obs. 6, p. 536.

On doit examiner l'état de la malade. Aura-t-elle assez de force pour supporter l'opération et résister aux accidens consécutifs? C'est ce que l'opérateur saura apprécier en ayant égard à l'époque de l'invasion de la maladie, à sa marche plus ou moins rapide, à la fréquence et à l'abondance des hémorrhagies, s'il y en a eu, à l'intensité des douleurs, à la constitution du sujet, et surtout à l'état actuel de ses forces. Il faut apprécier exactement ces circonstances, et ne pas entreprendre une opération dans des cas où elle ne saurait réussir. Une opération pratiquée à contre-temps expose la vie des malades, compromet la science, et discrédite un moyen qui pourrait être d'une grande utilité.

Si la faiblesse est une contr'indication de l'opération, à plus forte raison on devra s'abstenir d'opérer lorsqu'elle sera accompagnée de quelque affection organique. On ne saurait trop blamer *Siébold* (1) pour avoir entrepris cette opération dans un cas où la malade était épuisée et portait une affection organique. La malade mourut; l'autopsie démontra que le foie contenait des hydatides, affection qu'on aurait sans doute pu constater pendant la vie.

Sauter (2) et *Récamier* (3) ne bornent pas l'extirpation de l'utérus à l'affection du corps de cet organe, ils conseillent encore cette opération lorsque le col de l'utérus est seul affecté; ils pensent que l'extirpation totale est moins dangereuse que l'amputation du col, parce qu'on peut se rendre maître du sang, et soustraire les malades aux chances d'une hémorrhagie, parce que l'inflammation de l'utérus et du péritoine est moins à craindre, parce qu'on ne peut pas toujours juger de l'étendue de la maladie; très-souvent on croit l'affection bornée au col, lorsqu'elle s'étend dans l'intérieur du corps de l'utérus, fait qui s'est présenté à M. *Récamier* (4).

---

(1) Journal hebdomadaire, t. 5, p. 532.

(2) Mélanges de chirurgie.

(3) Recherches sur le traitement du cancer, t. 2.

(4) Journal hebdomadaire, 23 janvier 1830.

Quoique le raisonnement et quelques faits semblent confirmer la valeur de ces motifs, cependant les succès qu'a obtenu la résection partielle de l'utérus sont trop nombreux pour qu'il soit permis de lui substituer une autre opération, qui, jusqu'à présent, n'a pas eu de très-heureux résultats : il est pourtant possible que dans la suite elle devienne préférable lorsque son procédé aura été perfectionné. C'est une question que l'expérience peut seule décider.

Méthodes opératoires.

L'extirpation de l'utérus à l'instar de la taille compte deux méthodes, l'une par l'abdomen ou la suspubienne, l'autre par le vagin ou la sous-pubienne. Il semble qu'on ait voulu rendre l'analogie entre l'extraction du calcul vésical et l'ablation de l'utérus encore plus frappante, en employant pour celle-ci la méthode recto-vésicale. Cette opération fut pratiquée par M. *Lizars* (1) sur une femme de quarante ans, non mariée; cet opérateur ayant reconnu que l'utérus était squirrheux et présentait toutes les circonstances favorables à l'opération, se décida à la pratiquer le 2 octobre 1828. Il fit placer la malade comme pour la taille périnéale : un aide devait comprimer l'hypogastre pour refouler les intestins en haut, et les empêcher ainsi de sortir du bassin. M. *Lizars* avait l'intention d'employer le procédé de M. *Blundell;* mais ne le pouvant, à cause de l'étroitesse du vagin, il fendit le rectum, le périnée et le vagin sur la partie médiane, transpersa ensuite le col de la matrice avec une aiguille armée d'une ligature, au moyen de laquelle il abaissa l'utérus. Le vagin fut séparé du col de l'utérus, et celui-ci du rectum. On détacha ensuite avec beaucoup d'attention la vessie de la matrice; les ligamens latéraux furent coupés, et l'opération fut accomplie en trente-cinq minutes. La malade perdit un peu moins de deux

---

(1) Journal hebdomadaire, t. 5, p. 40.

livres de sang pendant l'opération ; elle mourut huit heures après. A l'autopsie, on trouva quelques onces de sang dans le bassin et des traces de péritonite.

Méthode suspubienne.

En 1825 (1), un habile chirurgien, M. *Langembeck*, pratiqua par l'abdomen l'extirpation de l'utérus ; l'opération fut sans succès. Voici son procédé : une incision fut faite à la ligne blanche, depuis la symphyse des pubis jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic ; les muscles de l'obdomen furent divisés jusqu'au péritoine. La cavité ouverte, un aide fut chargé de retenir l'intestin et la vessie ; l'opérateur saisit la matrice avec la main gauche, et introduisit de l'autre, dans la cavité abdominale, à l'état fermés, de longs ciseaux qu'il avait fait confectionner exprès. Ouvrant alors les ciseaux, il sépara l'ovaire droit d'avec l'utérus, dégagea celui-ci et excisa les excroissances squirrheuse du vagin. Ayant ainsi détaché la matrice en majeure partie, il la retira de la cavité abdominale, et enleva ses dernières connexions à l'aide d'un bistouri.

Ce mode d'opération n'a été mis en usage qu'une seule fois. On sent qu'il mérite cette réprobation, si l'on réfléchit aux accidens auxquels il expose. Les intestins doivent être difficilement retenus pendant l'opération ; à chaque effort de la malade, ils doivent s'échapper au dehors et gêner l'opérateur ; ils doivent être contus, soit par la main de l'aide qui les retient, soit par celle qui les réduit dans la cavité abdominale ; de là l'inflammation du péritoine, à laquelle cette membrane est disposée par l'impression de l'air. En outre, l'opérateur doit avoir beaucoup de peine pour aller au fond du bassin séparer l'utérus des organes voisins ; il doit être exposé à ouvrir la vessie et le rectum. Cependant je crois qu'on pourrait rendre

(1) Journal hebdomadaire, t. 5, p. 561.

l'opération plus facile, en soulevant l'utérus, comme le conseille *Gutberlat* (1). Il se sert, pour cela, d'un instrument qui consiste en un anneau monté sur un long manche ; cet instrument est introduit dans le vagin, le col de l'utérus est engagé dans l'anneau, que l'on soulève en poussant le manche en haut. Quoique par ce moyen l'opération pût être plus facile, on aura toujours à redouter les accidens que nous avons signalés ; et en supposant que la malade pût s'en sauver, elle serait encore exposée à une éventration.

Méthode suspubienne ou par le vagin.

Cette méthode a été adoptée généralement par tous les praticiens ; il a dû en résulter plusieurs procédés. On en peut compter trois : ce sont, 1°. celui adopté par les Allemands, ou de *Sauter ;* 2°. celui de *Blundell*, adopté par les Anglais ; 3°. enfin celui de M. *Récamier*. Nous allons les examiner successivement.

Procédé de Sauter.

Nous ne pouvons donner de grands détails sur ce procédé, nous ne le connaissons que par les observations qui ont été publiées. Voici ce que nous savons : la malade est placée comme pour la taille latéralisée, l'opérateur introduit deux doigts dans le vagin, saisit le col de l'utérus et l'abaisse autant qu'il le peut, et le fait maintenir par un aide au moyen de pinces à polypes. L'opérateur saisit alors de la main droite un bistouri à tranchant convexe, monté sur un long manche, au moyen duquel il divise circulairement les adhérences du vagin avec le col de la matrice ; il détache ensuite avec les doigts le vagin des parties voisines ; passant alors la main dans le vagin, il porte les doigts entre la partie antérieure de l'utérus et la vessie ; il

(1) Journal de l'art des accouchemens de *Siébold*, 1814.

fait basculer cet organe en avant ; il divise les attaches latérales et postérieures, et enlève la matrice.

Ce procédé est très-vicieux; mais une partie des objections que nous lui ferons pouvant se rapporter au procédé de *Blundell*, pour éviter les redites, nous les mentionnerons après l'exposition de celui-ci.

Procédé de BLUNDEL.

La malade est placée sur le côté gauche, près du bord de son lit, c'est-à-dire dans la position obstétrique. L'opérateur, sans abaisser l'utérus, introduit les doigts indicateur et médius de la main gauche jusqu'au point de séparation de la partie malade de la portion saine de ce canal. Il fait alors, avec un scapel monté sur un long manche, une petite incision sur la partie médiane postérieure du vagin, immédiatement au-dessous de la partie malade. Dans l'ouverture résultant de cette incision, il engage le doigt indicateur, et l'élargit en déchirant ses lèvres ; il sépare ensuite la portion du tissu cellulaire qui les unit ; puis l'opérateur agrandit transversalement l'ouverture d'abord à gauche : le vagin et l'utérus sont séparés de ce côté du rectum. La même chose est pratiquée du côté opposé. De cette manière, le vagin est divisé par une incision transversale. Le rectum étant séparé de la paroi postérieure du vagin et de la matrice, on introduit la main dans le vagin; avec les doigts indicateurs et médius, on pénètre par l'ouverture transversale, jusque sur la face postérieure de la matrice ; un double crochet est ensuite glissé sur la face palmaire des doigts, au moyen duquel on accroche le sommet de la matrice, qui est tirée en bas et en arrière, et arrive ainsi dans la peaume de la main : les ligamens larges sont ensuite divisés très-près de l'utérus, et l'on détache avec beaucoup de soin cet organe de la vessie et de la partie antérieure du vagin.

Réflexions sur les procédés de Sauter et de Blundell.

Les deux procédés que nous venons d'exposer ont le grave inconvénient de négliger les moyens propres à s'opposer à l'issue du sang après l'opération ; cependant l'hémorrhagie est d'autant plus à craindre, que l'on opère pour l'ordinaire sur des malades déjà affaiblis. Qu'on ne croie pas que la crainte de l'hémorrhagie soit mal fondée; qu'on jette les yeux sur le relevé des opérations que nous avons rapportées ci-avant, et l'on verra que sur quinze opérées, huit sont mortes après avoir éprouvé cet accident.

Les difficultés qu'éprouva *Sauter* pour abaisser l'utérus firent renoncer à ce temps de l'opération, et les Anglais l'ont entièrement négligé : je crois que c'est à tort, car l'abaissement facilite beaucoup l'opération. En effet, l'utérus, élevé dans sa position naturelle, doit être difficile à fixer, sa mobilité doit l'exposer à fuir devant l'instrument tranchant. Pour l'atteindre dans sa position élevée, un instrument très-allongé est nécessaire, longueur qui est nuisible, en ce qu'elle ôte nécessairement la précision et la sûreté dans son application ; ensuite cet instrument, logé en partie dans le vagin, doit être gêné dans son action; l'étroitesse de cet organe ne doit pas permettre d'introduire en même temps l'instrument et les doigts pour le guider: il doit en résulter de la longueur dans l'opération, de la difficulté et du danger à blesser les organes voisins. Si *Sauter* (1) a ouvert la vessie dans une semblable opération, c'est peut-être pour avoir suivi ce procédé vicieux.

Je veux supposer que ces inconvéniens soient imaginaires, et qu'on puisse disséquer les parties avec autant de promptitude et de sûreté que si elles étaient abaissées, il resterait encore un inconvénient, celui d'aller chercher la matrice. Pour cela, il faut introduire la main

(1) Mélanges de chirurgie, 1824.

entière dans le vagin, et la chose n'est pas toujours possible : on est alors obligé d'avoir recours à un moyen qui ne laisse pas d'avoir du dégoût et des dangers; je veux parler de la division du vagin. C'est ce qui est arrivé à *Lizars* (1) et a *Siébold* (2).

Procédé de M. Récamier.

La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, l'opérateur introduit dans le vagin, jusqu'au museau de tanche, l'index de la main gauche : s'en servant comme d'un conducteur, il fait glisser le long de son bord externe une pince à érigne, avec laquelle il saisit le col utérin à la plus grande hauteur possible; il exerce des tractions lentes et graduées sur cet organe, qui, venant à céder, est entraîné jusqu'à la vulve. Il confie alors les pinces à un aide : libre de ses deux mains, l'opérateur explore le rectum, s'assure si la paroi antérieure de cet organe n'a pas suivi la matrice dans son abaissement; il introduit ensuite le doigt indicateur entre la paroi antérieure du vagin et la face correspondante de la tumeur abaissée. Ayant reconnu ainsi qu'aucun repli vésical n'était engagé sous le vagin, près des griffes de la pince, il incise transversalement le vagin sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur avec un bistouri boutonné convexe sur son tranchant; il introduit ensuite les doigts dans la plaie, déchire le tissu cellulaire qui unit le bas-fond de la vessie avec le col de l'utérus, et arrive ainsi jusqu'au replis péritonéal, qui est entre la partie antérieure et inférieure du corps de l'utérus et la partie correspondante de la vessie; il le divise au moyen d'un bistouri convexe. L'incision faite au péritoine est ensuite agrandie à droite et à gauche avec un bistouri boutonné herniaire. Ce temps terminé, l'opérateur porte le doigt indicateur de la main gauche sur le ligament large du côté droit; il sert à guider un bistouri concave sur son tranchant, avec le-

(1) Journal hebdomadaire, t. 5, p. 541.
(2) *Ibid.*, p. 532.

quel il en divise les deux tiers supérieurs. Une aiguille courbe, montée sur un long manche et percée à sa pointe, est ensuite substituée au bistouri, et sert à placer un fil au moyen duquel on embrasse le tiers inférieur du ligament large; ce fil est maintenu au moyen d'un serre-nœud. La même chose est pratiquée à gauche. N'ayant plus à redouter d'hémorragie, l'opérateur achève la division des ligamens larges en rasant l'utérus et en protégeant les fils avec les doigts; il introduit ensuite les doigts de la main gauche derrière l'utérus, pousse cet organe en avant et le fait sortir de la vulve; il porte alors un bistouri sur le replis postérieur du péritoine, il sépare l'utérus du rectum : il termine enfin l'opération en coupant postérieurement le vagin.

Ce procédé est sans doute préférable à ceux que nous avons vus jusqu'à présent : cependant il laisse encore à désirer quelque chose; la sûreté de l'opération, quelques circonstances particulières exigent quelques modifications. Examinons donc chaque temps en particulier, et montrons les changemens que nous leur croyons nécessaires.

De l'abaissement.

L'abaissement se pratique, comme nous l'avons vu, en accrochant le museau de tanche avec une pince à érigne, que l'on place en la guidant au moyen du doigt indicateur. Pour placer convenablement cet instrument et éviter de pincer le vagin, il faut de l'habitude et de l'adresse, et même, avec ces qualités, il est des circonstances où on l'éviterait difficilement. Pour parer à ces inconvéniens, plusieurs praticiens, et notamment M. *Dupuytren*, conseillent d'introduire préalablement un *speculum uteri*, au moyen duquel on dirige des yeux la pince à érigne. Lorsque celle-ci est placée convenablement, on tire sur le col et on le voit bientôt arriver à la vulve. Ce temps, quoique simple en apparence, demande encore quelques précautions; ainsi les tractions doivent être pratiquées d'abord dans le sens de l'axe du détroit supérieur, ensuite dans celui de l'axe du détroit inférieur. Il arrive assez souvent

qu'après avoir produit un léger abaissement on éprouve une résistance considérable, que de grands efforts ne sauraient vaincre. Ce serait en vain qu'on continuerait à opérer des tractions : il faut, dans ce cas, les cesser tout à fait, pour les reprendre une ou deux minutes après ; on est alors tout étonné de voir la matrice céder avec la plus grande facilité. Ce fait est bizarre, difficile à expliquer ; mais il est constaté par l'expérience, et mérite par là d'être pris en considération.

La pince à érigne ne peut pas toujours être employée pour produire l'abaissement ; il est quelques états maladifs du col qui exigent d'avoir recours à d'autres instrumens. Ainsi, un gros champignon carcinomateux, remplissant tout à fait le vagin, se présente-t-il à la partie antérieure du museau de tanche, il empêche la pince à érigne de passer ; il faut alors en pratiquer l'extirpation, et se conduire ensuite comme dans les cas ordinaire. Telle fut la conduite de *Holscher* (1) dans un cas semblable. Le col de l'utérus est-il mou et friable, ou a-t-il été rongé entièrement, comme j'en ai rencontré un exemple sur le cadavre, la pince à érigne ne saurait être employée dans le premier cas, parce qu'elle déchirerait les parties ; dans le second cas, parce qu'elle ne trouverait pas un point d'appui. Il faut alors introduire dans la cavité de la matrice, à travers l'ouverture du museau de tanche, une érigne à double crochet, ou bien un instrument terminé par des branches mobiles, qui, en se développant dans la cavité de l'utérus, trouvent un point d'appui sur le col et peuvent entraîner ainsi cet organe (2). Mais l'érigne double me paraît préférable ; elle m'a réussi dans deux circonstances où j'ai été obligé de l'employer.

L'utérus, arrivé à la vulve, est maintenu par un aide, et l'opérateur commence à inciser le vagin.

---

(1) Journal hebdomadaire, t. 5.

(2) M. *Récamier* en a donné plusieurs modèles dans son ouvrage sur le cancer, t. 2, p.

De l'incision

Le lieu de l'incision du vagin n'est pas indifférent pour le succès de l'opération, il convient de le déterminer. Lorsque l'utérus est abaissé, la membrane muqueuse forme un repli à l'endroit où elle abandonne le vagin pour se porter sur le col de l'utérus. Si l'on incise sur ce repli, on risque de blesser la vessie, surtout si elle est spacieuse, ou si, fortement attachée par un tissu cellulaire très-serré, elle a suivi le vagin et s'est logée dans l'angle rentrant formé par cet organe renversé. Cet accident m'est arrivé une fois. On l'évite en incisant en avant de ce repli, et en creusant, pour ainsi dire, sur le col de l'utérus. L'incision du vagin faite, il faut diviser le tissu cellulaire qui unit la vessie au col de l'utérus. M. *Récamier* le divise avec les doigts, afin d'éviter de blesser la vessie. M. *Tarral*, dans un mémoire publié dans le Journal hebdomadaire, blâme cette méthode, parce qu'elle est très-douloureuse, et parce qu'elle favorise la lésion de la vessie : il veut qu'on divise ce tissu avec un bistouri, en ayant soin de placer une sonde dans la vessie pour indiquer le lieu précis de l'organe ; il prétend avoir ainsi constamment réussi. Je conçois que la division du tissu cellullaire par le bistouri soit moins douloureuse que par les doigts ; mais je ne conçois pas qu'elle expose moins à la lésion de la vessie. En effet, les parois de cet organe sont assez denses pour résister à l'action des doigts, et ne sauraient jamais résister à l'action du bistouri. Aidé de mon ami, M. *Houlès*, ex-aide d'anatomie à l'école pratique de Montpellier, j'ai pratiqué six fois cette opération sur le cadavre; j'ai toujours divisé avec les doigts le tissu cellulaire sous-vésical ; je n'ai jamais blessé la vessie.

Avant d'entreprendre la ligature des artères, il convient de diviser la paroi postérieure du vagin, et de séparer le rectum de l'utérus. Cette manière de procéder a plusieurs avantages : 1°. celui de se débarrasser de suite, t avant que le sang n'ai caché les parties, d'un des temps les plus difficiles ; 2°. celui de pouvoir saisir toute l'étendue

des ligamens larges, et de pouvoir agir sur eux avec plus de facilité; 3°. celui de faciliter l'abaissement et le renversement de la matrice, en coupant le repli postérieur du péritoine. On sait, en effet, que, dans certaines circonstances, ce repli forme deux ligamens très-forts qui maintiennent la matrice dans sa position naturelle. Dans mes expériences sur le cadavre, j'ai rencontré un cas où ce repli était le seul ligament qui s'opposât à l'abaissement de l'utérus.

La division du péritoine est souvent très-embarrassante. M. *Roux*, qui parle d'après ce qu'il a éprouvé sur le vivant, assure qu'il est très-difficile de distinguer le péritoine avec les doigts, ce dont je me suis convaincu sur le cadavre. Pour le diviser avec sûreté, il faut chercher la surface lisse du corps de l'utérus, et inciser sur lui. En effet, après l'abaissement le repli du péritoine est appliqué sur cet organe; cependant il faudra avoir soin, avant de pratiquer l'incision, de déprimer cette membrane, afin d'éviter la lésion des intestins qui se seraient glissés derrière elle.

Du renversement.

Tous les praticiens n'admettent pas le renversement. Avant donc de déterminer de quelle manière il doit être pratiqué, il faut examiner s'il convient de l'admettre ou de le rejeter. Les opérateurs qui rejettent le renversement de l'utérus prétendent que ce temps est un des plus douloureux. En supposant que cette assertion soit vraie, je ne la crois pas suffisante pour faire abandonner un temps utile de l'opération, surtout si l'on a des moyens pour rendre plus supportable les douleurs qu'il occasione. Ne peut-on pas, en effet, administrer avant l'opération des médicamens propres à émousser la sensibilité? Plusieurs praticiens d'un grand mérite, entre autres M. *Delpech*, en font usage dans toutes les grandes opérations, et en tirent de grands avantages. Pourquoi n'emploierait-on pas ce moyen dans l'extirpation de l'utérus, surtout dans le but de conserver un temps utile de l'opération?

L utilité de l'abaissement n'est pas contestable, puisque, lorsqu'il est opéré, les ligamens larges paraissent au dehors, ce qui permet d'agir sur eux avec plus de facilité et de sûreté que s'ils étaient encore renfermés dans le vagin ; aussi l'admettrons-nous ; mais de quelle manière faut-il le pratiquer? On sait que *Sauter* et M. *Récamier* font culbuter la matrice en avant, tandis que *Blundel* la fait culbuter en arrière. Selon quelques écrivains, cette dernière est plus facile et plus conforme aux principes obstétriques ; l'expérience m'a démontré tout le contraire. Plusieurs essais sur le cadavre m'ont convaincu que l'antéversion était plus facile, soit que l'utérus fût à son état naturel, soit qu'il eût acquis un plus grand volume. Lorsqu'on a avancé que la rétroversion était plus conforme aux principes obstétriques, je crois qu'on n'a pas su dans quel endroit elle s'opérait, ou qu'on n'a pas tenu compte de la disposition des parties. La rétroversion serait plus rationnelle et plus facile si elle avait lieu, comme on le croit, peut-être, dans la cavité du sacrum ; mais ce temps se passe dans la paroi postérieure du vagin et vers la commissure : or, ces parties sont bien plus rétrécies que les parties antérieures, c'est ce que savent les anatomistes, et surtout les accoucheurs, car c'est dans ces parties qu'ils voient constamment survenir des déchirures. Mais une autre raison, plus péremptoire et toute anatomique, se tire de la disposition des ligamens ronds ; ces ligamens, partant des parties latérales de l'utérus, et se dirigeant en avant et en dehors, doivent nécessairement empêcher que la matrice se renverse en arrière.

De la ligature des artères.

La manière dont M. *Récamier* se rend maître du sang n'est pas des plus sûres. Les ligatures ne trouvent pas un point d'appui bien solide, et sont exposées à glisser lorsque le ligament large est séparé de l'utérus ; cet accident est arrivé à M. *Roux* (1). Un autre incon-

(1) Lancette française, 22 septembre 1829.

vénient attaché à ce procédé, est de laisser béante l'ouverture des artères ovariques, et l'on sait que dans les affections de l'utérus ces vaisseaux ont acquis assez de développement pour fournir à une hémorrhagie mortelle. La dernière malade opérée par M. *Récamier* (1) a succombé à une hémorrhagie. L'autopsie a démontré que le sang avait été fourni par une des artères ovariques. M. *Tarral* (2), persuadé des inconvéniens que nous avons signalés, propose de placer la ligature sur toute l'épaisseur du ligament large, en évitant cependant d'y comprendre les trompes. Il n'a pas à craindre, en agissant ainsi, l'hémorrhagie des artères ovariques; mais il ne remédie pas au peu de solidité des ligatures. M. *Tarral* avoue lui-même qu'une des ligatures se déplaça dans une expérience sur le cadavre. La ligature placée sur toute l'épaisseur du ligament à un inconvénient bien grave signalé par M. *Récamier* (3), celui d'irriter le péritoine et de donner lieu à une péritonite très-grave. La compression en masse des artères et des nerfs qui entrent dans la composition du ligament large ne doit-elle pas faire redouter la production d'accident nerveux? Dans une opération qu'on peut comparer à celle-ci, quoiqu'un peu différente, la castration, plusieurs opérateurs d'un grand mérite conseillent de lier isolément les artères, parce que la ligature en masse du cordon testiculaire détermine des accidens très-graves. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans l'extirpation de l'utérus? Pourquoi ne faudrait-il pas recourir au même moyen? La chose est possible, lorsqu'on a produit le renversement de l'utérus; je l'ai pratiqué plusieurs fois sur le cadavre, je ne sais si sur le vivant on l'exécuterait également; je ne crois pas qu'on ait à craindre la rétraction des vaisseaux après la section des ligamens, parce que leurs nombreuses flexuosités a dû les mettre à l'abri des tractions opérées sur le ligament. Voici comment j'exécute ces ligatures : un aide maintient le li-

(1) Journal hebdomadaire, t. 6, 26 janvier 1830.

(2) *Ibid.*, t. 5.

(3) Recherches sur le traitement du cancer.

gament large, tandis que je l'incise de bas en haut en rasant l'utérus ; je saisi avec un crochet de *Bronfield* chaque vaisseau aussitôt qu'il est divisé, et je le lie, sans attendre la section complète du ligament.

En résumé, voici les principaux temps qui doivent composer ce procédé opératoire.

1°. Introduction d'un *speculum uteri* pour placer la pince à érigne, ou tout autre instrument selon les circonstances ;

2°. Abaissement de l'utérus ;

3°. Incision du vagin antérieurement et postérieurement ;

4°. Dissection du tissu cellulaire avec les doigts ;

5°. Antéversion de l'utérus ;

6°. Enfin, section des ligamens larges et ligature isolée des vaisseaux.

Traitement.

Après l'opération, la malade doit être couchée dans son lit, dans une position un peu déclive, dans la vue de favoriser l'écoulement séreux et purulent que doivent fournir les parties divisées. Cette position est préférable à celle que conseille *Siébold* (1) ; il veut qu'on place le bassin un peu plus élevé que les épaules, afin d'éviter l'issue des intestins. On sait que cet accident n'est pas à redouter, parce que la position de la vessie s'y opposerait, en supposant que le mésentère fût assez long pour permettre à ces organes de descendre jusques-là.

On ne doit pas non plus, à l'exemple de ce même praticien, tamponner le vagin avec de la charpie, dans la vue de s'opposer à l'entrée de l'air. Ce moyen serait plus dangereux que l'accident qu'on cherche à combattre ; il vaudrait mieux remplir cette indication en injectant dans le vagin de l'eau tiède, comme le conseille M. *Récamier*, et comme il l'a pratiqué avec succès.

---

(1) Journal hebdomadaire, t. 5.

Le traitement général est celui que l'on met en pratique après toutes les graves opérations : faire cesser l'état de spasme qui succède à l'opération, prévenir l'inflammation des organes, la combattre lorsqu'on n'a pu la prévenir, telles sont les indications qu'il y a à remplir ; on connaît les moyens que l'on met en usage, je n'en parlerai pas.

Quoique nous ayons fait connaître tout ce qui a rapport à l'extirpation de l'utérus, je crois devoir, avant de terminer, en rapporter une observation. Je choisis celle qu'a publiée M. *Récamier*, dans son ouvrage, parce qu'elle présente beaucoup d'intérêt surtout sous le rapport du traitement consécutif.

Observation.

« Madame B***, âgée de cinquante ans, brodeuse en évantails, d'un tempérament éminemment nerveux et impressionnable, est née de parens sains, et a été réglée à douze ans et demi. Mariée, elle devint mère à vingt et un ans, à vingt-huit, et enfin à trente-cinq. Une fille, qui est la troisième de ses enfans, nourrie par elle-même a seule survécu ; les deux autres sont morts en bas âge. Madame B***. a joui d'une bonne santé jusqu'à sa quarantième année ; mais à cette époque elle eût un ictère de six semaines, et pendant quatre mois et demi ses règles furent incomplètement suspendues, mais elles reprirent ensuite leur cours ordinaire. La santé de madame B*** se soutint jusqu'à quarante-neuf ans ; alors les règles diminuèrent et devinrent irrégulières, avec des douleurs obtuses dans le siége, et un sentiment de lassitude dans les régions lombaires ; pendant huit mois ces symptômes augmentèrent, et il s'y joignit bientôt l'écoulement d'un fluide d'abord séreux, ensuite sanieux, d'une fétidité insupportable.

Le 23 juillet 1829, la malade s'étant présentée à l'Hôtel-Dieu, je trouvai à trois pouces de profondeur, dans le vagin, la base de la lèvre antérieure du museau de tanche, en arrière de laquelle le doigt pénétrait profondément dans un ulcère sordide et fongueux qui s'éten-

dait sur la paroi recto-vaginale et remplaçait la lèvre postérieure du museau de tanche, dont il ne restait plus aucune trace. Lorsqu'on pressait avec le doigt sur la saillie qui, derrière la vessie, représentait la lèvre antérieure, on sentait que l'utérus était mobile. En portant l'index dans le rectum, on trouve cet intestin parfaitement sain et mobile sur une tumeur au-dessus de laquelle on en sentait une seconde, mais l'index ne pouvait atteindre le sommet de cette dernière qu'en l'abaissant par une compression faite sur l'hypogastre. Lorsque, par le rectum, on soulevait la tumeur inférieure, en la portant en avant, on distinguait dans le fond de l'hypogastre la tumeur supérieure, et même un peu l'inférieure, qui, en avant comme en arrière, en était séparée par un sillon assez facile à reconnaître, à cause du peu d'embonpoint de la malade. On pouvait faire deux suppositions sur ces deux tumeurs : ou l'inférieure était l'utérus dont le col était détruit, et la supérieure une bosselure; ou bien la supérieure était l'utérus lui-même, et l'inférieure le col tuméfié de ce dernier organe. La liberté du rectum en arrière et de la tumeur en avant autorisait à s'arrêter à la dernière de ces suppositions. Madame B*** ne présentait, au reste, nullement l'aspect de la cachexie cancéreuse; sa peau était peu colorée, mais n'avait encore rien de la teinte jaunâtre qui accompagne les affections organiques de l'utérus : d'ailleurs, elle annonçait du courage.

Le 24 juillet, la dame B*** étant entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n°. 9, je priai M. le docteur *Breschet*, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, d'examiner la malade avec moi, et il reconnut l'état que je viens de décrire, ainsi que M. le docteur *Patrix*. La nature de la maladie, son étendue et son issue funeste étant également certaines, je discutai la possibilité de l'ablation de l'organe malade, dont les annexes paraissaient en bon état chez un sujet qui ne présentait pas encore les phénomènes de la cachexie cancéreuse.

Voici comment le plan que j'avais arrêté fut mis à exécution le 26 juillet, en présence de M. le professeur *Marjolin*, chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon, qui reconnut l'état que j'ai décrit plus haut; de

M. *Breschet*, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu; de M. le docteur *Blandin*, chirurgien adjoint de l'hôpital Beaujon; de M. le docteur *Patrix*, ancien chef de clinique à l'hospice de Perfectionnement; de plusieurs médecins français et étrangers, et des élèves de la clinique.

1°. La malade fut mise sur un lit un peu incliné, comme pour l'opération de la taille. Si le ventre eût été flasque, j'aurais placé les épaules au niveau du bassin, afin de prévenir la précipitation des intestins; mais je ne les aurais pas mises plus bas, afin de conserver assez d'inclinaison pour que le sang s'écoulât au dehors et m'avertît immédiatement de toute hémorrhagie.

2°. Je saisis les restes de la lèvre antérieure du museau de tanche, en portant une des branches d'une forte pince à érigne dans l'orifice ulcéré, et l'autre sur la partie antérieure derrière l'urètre.

3°. Dès que j'eus commencé l'abaissement de la tumeur, il me fut facile de juger que ce premier point d'appui n'était pas solide, et ne pouvait me servir qu'à faciliter le placement plus avantageux d'une seconde pince érigne, dont je plaçai un des mors sur le côté gauche, et l'autre sur le côté droit de la tumeur, déjà un peu abaissée.

4°. Ces deux pinces réunies me donnèrent un point d'appui suffisant pour abaisser l'extrémité inférieure de la tumeur jusqu'à la vulve.

5°. J'examinai, par le rectum, si je pouvais augmenter l'abaissement, et je reconnus alors distinctement l'une de ces tumeurs, que je fis descendre un peu plus bas; je constatai de nouveau l'état sain du rectum et sa mobilité sur la tumeur; mais je reconnus en même temps l'impossibilité de placer avec sûreté aucune ligature sur la partie inférieure du ligament large, c'est-à-dire sur l'artère utérine, avant de m'être ménagé les moyen de passer les doigts derrière ce ligament.

6°. J'examinai les rapports du vagin avec la tumeur et avec la vessie en avant, et dès que j'eus reconnu qu'aucun replis vésical n'était engagé sous le vagin, près des griffes de la pince, j'incisai transversalement le vagin, seulement sur la partie antérieure et inférieure de la

tumeur, en conduisant, avec l'extrémité de l'index de la main gauche, un bistouri convexe boutonné.

7°. Le vagin incisé de droite à gauche, je vérifiai aussitôt la densité du tissu cellulaire sous-jacent avec l'index qui avait conduit le bistouri, le promenant sur la tumeur de droite à gauche et en remontant peu à peu; de cette manière je logeai les deux premières phalanges de ce doigt entre la vessie et la tumeur, avant d'arriver au sillon qui séparait le col tuméfié du corps de l'utérus et au replis du péritoine, qui est entre la partie antérieure et inférieure du corps de l'utérus et la partie correspondante du bas du fond de la vessie; j'évitai de me servir du bistouri, afin de ne risquer d'entamer ni ce dernier organe, ni la tumeur, ni les uretères.

8°. Alors je portai le long de l'index engagé le bistouri convexe, j'ouvris le repli du péritoine en suivant rigoureusement la surface de la tumeur et du corps de l'utérus, et j'engageai immédiatement l'index dans le péritoine sur le corps de la matrice.

9°. Aussitôt avec un bistouri boutonné herniaire droit, porté le long de mon doigt, j'agrandis l'ouverture du péritoine à gauche et à droite, et je pus porter facilement deux doigts au-dessus du corps de l'utérus, dont j'augmentai l'abaissement.

10°. Avec le même bistouri boutonné je coupai de haut en bas les deux tiers supérieurs du ligament large gauche, en rasant le bord gauche de l'utérus jusque vers le sillon qui les épare du col, et immédiatement après j'en fis autant du côté droit, sans qu'il partît un seul jet de sang. L'index de la main gauche accompagnait et guidait mon bistouri. La section des ligamens étant faite pendant leur tension avec un bistouri peu tranchant, je regardais comme impossible que la section de la petite artère ovulaire pût donner lieu à aucune hémorrhagie importante, contre laquelle j'avais d'ailleurs en réserve divers moyens répressifs; d'abord j'aurais serré et tordu l'extrémité du vaisseau, ou du moins l'endroit d'où j'aurais vu jaillir le sang, avec les ongles de l'index gauche et le pouce; et si l'hémorrhagie avait continué, j'aurais passé une aiguille très-courbe avec un fil, et j'au-

rais posé un serre-nœud ; ou bien j'aurais embrassé le ligament coupé à l'endroit de l'hémorrhagie avec une lame de plomb recourbée comme une pince, que j'aurais serrée et laissée en place, après lui avoir adapté un fil pour la retirer plus tard.

Afin de rendre ces différentes manœuvres faciles en cas de nécessité, j'eus soin de ne couper que lentement les ligamens larges ; de cette manière je me ménageais la facilité de retenir près de la vulve le point d'où partait le sang. Après l'opération. MM. *Patrix* et *Breschet* pensèrent qu'un bistouri fait à la lime, qui couperait en sciant ou en déchirant, donnerait une sûreté de plus contre l'hémorrhagie. Je fus entièrement de leur avis, et je propose de le faire courbe, car le bistouri courbe boutonné m'eût été plus commode que celui que j'ai employé. Au reste, on sentira, à la réflexion, qu'une artère aussi petite que l'artère ovulaire, coupée d'une manière quelconque dans le moment d'une aussi grande traction que celle qui est nécessaire pour abaisser l'utérus, éprouve immédiatement une rétraction si forte qu'il est impossible qu'elle donne une hémorrhagie sérieuse.

11° Les deux tiers supérieurs des deux ligamens larges coupés comme je viens de le dire, je portai aussitôt l'index de la main gauche derrière le reste du ligament droit qui venait d'être coupé le dernier, et plaçant le pouce de la même main en avant et en dehors, je saisis le tiers inférieur restant du ligament entre ces deux doigts, qui guidèrent l'aiguille courbe montée sur un manche et percée vers sa pointe, avec laquelle je passai un fil fort pour embrasser cette partie restante du ligament large dans laquelle se trouve l'artère utérine. L'aiguille retirée et un serre-nœud posé sur le fil à droite, je fis la même chose à gauche, en les serrant modérément, afin d'éviter les accidens de l'étranglement ; j'eus soin avec l'index d'écarter un peu les ligamens appliqués contre les côtés de l'utérus par l'abaissement, tandis qu'avec le pouce extérieurement je poussais au dehors les ondulations du vagin replié sur lui-même à sa partie inférieure, afin que la ligature tombât sur sa partie supérieure, sans quoi je n'aurais pu la serrer sans causer un tiraillement fâcheux.

12°. Après avoir posé les deux ligatures dont je viens de parler, je repris le bistouri boutonné herniaire droit, et replaçant l'index gauche derrière la ligature droite, et le pouce en avant, j'achevai la section du ligament large droit, en rasant la partie latérale droite de la tumeur, et en protégeant le fil de la ligature avec les doigts ; je rentrai dans le vagin en coupant à droite au-dessous de la tumeur ; je procédai ensuite à gauche comme à droite, sans qu'il y ait eu un seul jet dans sang. Il est indispensable d'employer pour cette partie de l'opération un bistouri dont le tranchant ne soit pas plus fin que celui d'un bistouri boutonné herniaire, sans quoi l'opérateur pourrait se couper les doigts avant de le sentir.

13°. La section du tiers inférieur du ligament large étant faite de chaque côté, l'utérus et la tumeur sortirent en entier de la vulve ; alors je portai sur le repli du péritoine, qui est entre la matrice et le rectum, le bistouri hernaire boutonné, que je n'avais pas quitté, et j'incisai ce repli en dirigeant son tranchant obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ; de sorte qu'après avoir coupé le repli péritonéal, je fis agir l'instrument en même temps par pression avec le plat de la lame du côté du rectum, et avec le tranchant dirigé contre la tumeur. C'est de cette manière qu'avec la plus grande facilité j'ai, dans l'espace de deux pouces un quart, séparé la tumeur du rectum sans entamer ni l'un ni l'autre, après quoi je terminai l'opération en coupant le vagin postérieurement au-dessous de l'ulcération.

Cette opération a duré vingt minutes ; je pense que le procédé opératoire étant actuellement bien déterminé, et les circonstances plus favorables que celles dans lesquelles je me suis trouvé, on peut économiser plusieurs minutes sur la durée totale de l'opération.

Accidens immédiats.

1°. Forcé de prendre un point d'appui très-élevé, parce que le bas de la tumeur, réduit en pulpe cérébriforme, se déchirait, j'ai trouvé,

lorsque je l'ai eu abaissée, que la griffe antérieure de la première pince-érigne anticipait trop sur la partie saine du vagin derrière la vessie ; je l'ai desserrée en faisant soutenir l'abaissement avec l'autre, et j'ai abandonné la portion du vagin que je voulais ménager, afin de m'éloigner un peu plus de la partie inférieure de la vessie.

2°. La douleur qui a excité les plus grandes plaintes de la part de la malade a été celle de l'abaissement, qui a demandé plus d'efforts que je n'en ai observés dans aucun cas d'excision du col de l'utérus. Aussitôt que j'eus fais la section des deux tiers supérieur des ligamens larges, les douleurs diminuèrent ; elles perdirent encore de leur intensité par la section de la partie inférieure des ligamens, et furent très-tolérables pendant la dissection de la tumeur.

3°. Le sang qui a paru à la vulve dans l'abaissement, et qui s'est écoulé pendant l'opération, venait du bourbier cérébriforme que la traction déchirait ; il ne s'est pas écoulé trois onces de sang par les sections que j'ai faites, et la pièce enlevée, l'écoulement sanguin s'est suspendu si parfaitement, qu'il ne s'est pas fait dans le lit de la malade, pendant le reste du jour, une tache de quatre pouces de diamètre, et qu'il ne s'en est épanché aucune quantité appréciable dans le péritoine.

4°. Pendant l'opération, un appendice épiploïque s'est montré à la vulve, il a été réduit et n'a plus reparu. Je m'attendais à la sortie des intestins, par les cris de la malade, que je n'avais garde d'empêcher ; j'y étais préparé, et leur présence n'aurait dérangé aucune de mes manœuvres, je les aurait seulement fait écarter, au besoin, par la main d'un aide, puis je les aurais réduits comme l'épiploon.

5°. Il paraît que la douleur par tiraillement et même par déchirement attaque moins le principe de la vie que celle de l'instrument tranchant ; car, après l'opération, le pouls n'avait éprouvé qu'une concentration peu considérable, aussi la réaction qui a suivi a-t-elle été très-modérée.

Pansement.

Les deux serre-nœuds placés à la partie supérieure de la vulve, les fils furent relevés sur les aines; je m'assurai que l'épiploon était réduit et qu'aucun intestin n'était engagé. La malade fut placée horizontalement avec un simple oreiller sous la tête; il n'y a point eu d'autre pansement ce jour-là.

J'avais pris la précaution de vider les gros intestins par un lavement donné la veille et le matin de l'opération; je lui défendis de faire des efforts pour uriner; un élève fut chargé de vider la vessie de temps en temps, et, s'il paraissait une hémorrhagie, d'appliquer des compresses d'eau froide sur la vulve, les cuisses et le ventre; je ne crus pas d'autres précautions nécessaires pour le moment.

Examen de la pièce enlevée.

Le corps de l'utérus, resté sain à l'extérieur, avait dix-huit lignes de haut en bas et vingt-une ou vingt-deux lignes d'un côté à l'autre; le péritoine qui le recouvrait était sain. Le col, tuméfié, mesuré depuis le sillon qui le séparait de l'organe, avait deux pouces de haut en bas en avant, et deux un quart en arrière; son diamètre transversal était de deux pouces un quart, ou six pouces environ de circonférence. Ouverte par leur côté gauche, la cavité et la substance utérines se sont trouvées saines dans leur partie supérieure, mais malades à leur partie inférieure, qui prenait part au vaste ulcère cérébriforme que contenait la tumeur inférieure.

Suites de l'opération.

Le premier jour, la réaction est très-modérée après une concentration également modérée, et le ventre, souple et sans douleur, est un peu au-dessous du niveau du pubis; cathatérisme, quoique les

urines s'écoulassent librement. Il n'y a aucune espèce d'écoulement par la vulve; sommeil pendant la nuit.

Le deuxième jour, le pouls donne quatre-vingt-dix pulsations par minutes. Le soir, le ventre est moins affaissé, il est au niveau du pubis et sans douleur. On fait une saignée de six onces, on applique sur le ventre un cataplasme de farine de graine de lin, on donne l'infusion de graine de lin pour boisson, et l'on continue le cathétérisme. Sommeil pendant la nuit. Le sang était couenneux.

Le troisième jour, la fréquence du pouls continue, le ventre est plus élevé que le pubis, il devient sonore, sans douleur, sans émission de gaz par bas, comme sans selles. Quoique la malade puisse uriner sans secours étranger, je fais continuer le cathétérisme, afin d'éviter les efforts. Même cataplasme, même boisson. Une saignée de six onces, le soir, donne un sang couenneux comme celui de la veille.

Le quatrième jour, la fièvre est un peu plus prononcée, le pouls s'élève à 100 pulsations; le ventre est plus développé et plus sonore. On fait le matin une saignée égale aux autres; elle donne un sang à peu près semblable, cependant il contient un peu plus de sérosité. Même traitement d'ailleurs, en y joignant un grain de calomel, répété trois fois. Le soir, le ventre est plus tendu et plus sonore, cependant il n'est douloureux que dans la région iliaque droite; les serre-nœuds ne causent aucune douleur, leurs fils ne sont point tendus; il n'y a point de selles ni d'émission de gaz par bas. On applique sur le côté droit du ventre quarante sangsues, qui rendent très-peu. On continue de sonder la malade, afin d'éviter les efforts; elle supporte bien les cataplasmes sur le ventre.

Le cinquième jour, la fièvre est modérée, la douleur de la région iliaque droite est très-diminuée; le ventre est encore ballonné, sans selles et sans émission de gaz. Je dégage les serre-nœuds sans retirer les fils; on applique de nouvelles sangsues; on donne deux fois, à deux heures d'intervalle, une pilule contenant un grain de calomélas et un quart de grain d'extrait de belladone. A quatre heures, le ballonnement du ventre est augmenté; la malade est agitée, et attribue son agitation

aux pilules. On donne un bain tiède d'une demi-heure ; la malade en est soulagée, et rend par bas des vents pendant la nuit. (Même cataplasme, même boisson.)

Le sixième jour, la malade éprouve un sentiment de soulagement ; la fièvre est modérée, le ventre est encore ballonné, mais peu sensible, et seulement vers les deux régions iliaques. Je prescris les sangsues sur ces dernières : elles sont appliquées aux aines. La malade s'agite au sujet de cette erreur, malgré un bain tiède, après lequel on applique de nouvelles sangsues sur les régions iliaques. On donne un second bain également d'une demi-heure ; la malade y rend des flatuosités et une selle après ; elle dort pendant la nuit.

Le septième jour, fièvre modérée, pouls à 100 pulsations par minute, peau halitueuse ; ventre moins élevé et moins sonore, peu sensible au toucher. (On donne du bouillon de veau, et on continue les cataplasme et infusion de graines de lin.)

Vers le milieu du jour, tranchées et douleurs à la région iliaque gauche et un peu à droite ; une traction légère des fils ne cause aucune douleur ; l'examen du vagin n'y fait reconnaître aucune dureté ; il est souple. Déjà la partie postérieure de la vessie adhérait à la partie antérieure du rectum. Les ligatures n'étant pas tombées, je crois devoir m'opposer à cette réunion primitive : je sépare les deux organes, et je procure l'écoulement d'une once environ d'un fluide rendu brunâtre par un peu de sang, et d'une odeur assez fétide ; je prescris un lavement, suivi de vingt sangsues sur les flancs, et d'un bain tiède ; même boisson.

Vers le soir, la malade rend une selle, et le ventre se détend ; je fais écouler du fond du vagin, où il stagnait, un fluide brunâtre plus fétide encore que celui du matin. Cependant la fièvre est fort diminuée, la peau souple, la bouche et la langue humides, comme les jours précédens. La malade désire du bouillon, qui lui est accordé.

Le huitième jour, deux selles molles pendant la nuit, émission de flatuosités par le rectum, diminution de la fièvre ; point de chaleur à

la peau, affaissement du ventre, qui ne reste douloureux en aucun point; sentiment de besoins d'alimens. (Bouillon avec fécule, eau de riz sucrée.)

Le neuvième jour, continuation de la diminution du volume du ventre, diarrhée bilieuse, saveur de pourri à la gorge, et cependant bouche et langue humides et en bon état; mais fréquence du pouls, qui est à 100 pulsations par minute; point de chaleur à la peau, et cependant peu de sommeil; grande fétidité du fluide séreux, trouble et grisâtre, que je fais écouler en pressant sur la partie postérieure du vagin.

Jusque-là je n'avais voulu faire aucune injection dans le vagin; je ne sais qu'elle crainte m'arrêtait, relativement au passage de l'injection dans le péritoine; mais dès que j'eus réfléchi que j'avais fait disparaître la fétidité du pus des empyèmes, et la fièvre lente qui en dépendait, en tenant la plèvre malade seulement remplie d'eau, qu'on empêchait de s'écouler trop rapidement au moyen d'un tampon de charpie enfermé dans un linge, et en la replaçant à mesure qu'elle s'écoulait, je cessai de redouter l'entrée de l'eau dans le péritoine, en supposant que les adhérences supérieures n'y missent pas déjà un obstacle suffisant, et je commençai à remplir le vagin avec de l'eau à 20° R.; on continua les bains tièdes, à cause de la fréquence du pouls, qui était plus grande que celle qui avait eu lieu pendant la fièvre traumatique.

Le dixième jour, ventre affaissé et sans douleur, mais fréquence du pouls, à 120 pulsations par minute; point de chaleur à la peau, diarrhée bilieuse fréquente, appétit.

Réfléchissant alors que les ligatures, dont les serres-nœuds étaient retirés depuis cinq jours, ne portaient point sur un pédicule isolé; que par conséquent je n'avais pas de chute d'escharre à attendre, et qu'elles n'étaient désormais qu'un corps étranger inutile, je les retirai avec précaution, et fit tenir le vagin constamment rempli d'eau tempérée, en faisant attention que la seringue dont on se servait, et qui contenait quatre onces d'eau, fût toujours exactement remplie,

afin qu'aucune bulle d'air ne fût portée dans le fond; j'eus soin, en faisant écouler le fluide qui stagnait, de placer la main sur l'hypogastre, et d'empêcher que l'air ne le remplaçât. Avec ces simples précautions, la fétidité diminua immédiatement, l'agitation cessa, et le sommeil fut moins mauvais. (Légers potages.)

Le onzième jour, sommeil, appétit, quoiqu'il reste encore une saveur désagréable à la gorge; suspension de la diarrhée et diminution de la fréquence du pouls, état d'amélioration tout à fait remarquable, diminution de l'odeur désagréable de la suppuration, qui est moins diffluente.

Le douzième jour, il n'y a plus de chaleur à la peau, le pouls a encore de la fréquence ; le ventre est souple, la suppuration n'a plus que l'odeur fade vaginale; on continue les injections d'eau, on donne encore un bain ; la saveur désagréable de la gorge persiste ; il y a encore plusieurs selles jaunâtres liquides, malgré douze grains de diascordium.

Le treizième jour, apyrexie, palpitations nerveuses, point de selles, suppuration abondante inodore, appétit. (Potages.)

Le quatorzième jour, selle naturelle. De ce jour, jusqu'au vingt et unième, amélioration successive; la malade se lève tous les jours deux fois sur un fauteuil; la suppuration diminue de jour en jour, l'appétit et le sommeil sont bons, les forces se rétablissent; le ventre est affaissé au-dessous du niveau des pubis, comme avant l'opération, et on peut le palper profondément dans toutes les régions sans causer la moindre douleur.

Le vingt-deuxième jour, l'amélioration générale continue; la malade commence à se promener dans la salle.

Le vingt-septième jour, l'examen de la malade, par M. *Breschet* et par moi, nous fait reconnaître, à trois pouces de hauteur, le haut du vagin, formant un anneau souple, pouvant à peine admettre le doigt, et communiquant avec un cul-de-sac de la profondeur des deux tiers de la première phalange de l'index, borné en avant par le fond de la vessie, en arrière par le rectum, déjà réuni en voûte. La

cicatrice marche de haut en bas, et converge vers l'anneau formé par le vagin, qui tend à se fermer, car il se rétrécit de jour en jour. Il n'y a presque plus de suppuration évidente, et surtout point d'odeur. Depuis les progrès de la cicatrice, la malade laisse parfois échapper un peu d'urine pendant le sommeil.

Le 28 août, trente-quatrième jour, l'incontinence d'urine pendant le sommeil a déjà cessé, et l'action d'aller à la selle sur son séant ne développe aucune espèce de malaise ; il ne reste plus de cavité appréciable au-dessus du petit anneau que forme le vagin, et qui s'efface de plus en plus.

L'examen du vagin par le *speculum uteri*, fait le 31 août, trente-septième jour, a confirmé tous les faits que je viens de rapporter. »

Depuis cette opération M^me^. B.... n'a éprouvé aucune incommodité; et au moment même où j'écris ces mots, neuf mois après l'opération, elle jouit d'une santé parfaite.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. *Sect.* 8, *aph.* 6.

II.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 17.

III.

Ophthalmiâ laborantem, ab alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

IV.

Oculorum dolores, meri potûs, aut balneum, aut fomentum, aut venæ sectio, aut purgatio solvit. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

In doloribus oculorum, postquam merum bibendum dederis, et multâ calidâ laveris, venam secato. *Sect.* 7, *aph.* 46.